Lane Medical Library

Aus der Frauenklinik zu Kiel.

Ein Fall von fast ausgetragener Tubenschwangerschaft nebst einem Beitrag zur Operationsstatistik der vorgerückten Tubenschwangerschaften.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ernst Stolze,

approb. Arzt aus Burg bei Magdeburg.

Kiel 1901.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Frauenklinik zu Kiel.

Ein Fall von fast ausgetragener Tubenschwangerschaft nebst einem Beitrag zur Operationsstatistik der vorgerückten Tubenschwangerschaften.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ernst Stolze,

approb. Arzt aus Burg bei Magdeburg.

Kiel 1901.

Druck von H. Fiencke.

No. 44.

Rektoratsjahr 1901/1902.

Referent: Dr. **Werth.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Werth,**
z. Z. Dekan.

Dem Andenken

meiner lieben Eltern

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0138

In der Lehre von den Extrauterinschwangerschaften nehmen die Fälle von weit vorgeschrittener Gravidität wegen der Schwierigkeit der sich anknüpfenden diagnostischen und therapeutischen Probleme eine hervorragende Stellung ein. Es erscheint deshalb bei der Seltenheit der Fälle berechtigt, nach folgendem in der Kieler Universitäts-Frauen-Klinik beobachteten und von Herrn Geheimrat Werth operierten Fall, welcher durch seinen Verlauf und anatomischen Befund manches Interesse bietet, zu veröffentlichen. Gleichzeitig sei es gestattet, über die seit 1896 veröffentlichten Fälle von weit vorgeschrittener Extrauterinschwangerschaft, in welchen operative Behandlung stattgefunden, soweit sie dem Verfasser zugänglich waren, zu berichten.

Bis zum Jahre 1889 sind die hierher gehörigen Fälle schon von Herrn Geheimrat Werth zusammengestellt, und zwar der erste Teil, die Fälle aus den Jahren 1880 bis 1887 umfassend, in seiner bekannten Monographie, während der zweite Teil der Fälle aus den Jahren 1887 bis 1889 sich in einer Mitteilung auf dem III. Congress der deutschen Gesellschaft für Gynaecologie in Freiburg i./B. im Juni 1889 angeführt findet.

Über die Fälle der Jahre 1890 bis 1895 hat Rothschild anlässlich einer Dissertation über einen im November 1896 in der Kieler Frauenklinik beobachteten ähnlichen Fall berichtet.[1])

---

[1]) Rothschild, Ein Fall von fast ausgetragener gestielter Tubenschwangerschaft, Dissertation Kiel 1897.

Es folgt die Krankengeschichte.

Journal No. 263/1900. Aufnahme 13. VIII. 1900.

Anamnese: Sophie S., Werftschreibersfrau aus Ellerbeck, 29 Jahre alt, hat einmal vor 9 Jahren spontan geboren. Kind lebt. Wochenbett fieberfrei. Menses regelmässig vierwöchentlich, ohne Beschwerde. Vor der eben erwähnten Geburt ein Abort.

Letzte Menses im Juli 1899.

Am 25. IX. 1900 ohne erkennbare Ursache einsetzende Blutung, welche bis zum 5. XI. 1900 anhielt. An diesem Tage Abgang von fleischähnlichen Stücken.

Danach übelriechender, blutiger Ausfluss bis zum Januar 1900. — Den grössten Teil dieser Zeit brachte Pat. im Bette zu. Sie hatte beständig starke Schmerzen in der linken Seite.

Seit Januar 1900 etwa alle vierzehn Tage Abgang von etwas frischem Blut und dünnem, gelblich eitrigen Sekrets. Beim Aufrichten sollen zeitweilig grössere Mengen abgegangen sein.

Die Schmerzen in der linken Seite hielten beständig an. Nachdem die Regel ausgeblieben war, will Pat. nicht viel stärker geworden sein; angeblich nicht stärker als eine Frau um die Mitte der Schwangerschaft.

Im Februar spürte Pat. zum ersten Male Bewegungen und zwar rechts oben unter dem Rippenbogen. Die Bewegungen waren zuckend und angeblich anderer Art als die in der ersten Schwangerschaft wahrgenommenen.

Die Bewegungen wurden bis zum 17. Juni 1900 bemerkt. Am 17. VI. 00 will Pat. Frost gehabt haben.

Von diesem Zeitpunkt an wurde der Leib flacher. Pat. fühlte sich besser. Der Appetit nahm zu. Die vorher bestandene Übelkeit und das Erbrechen hörten auf. Nur morgens hatte sie noch geringe Würgbewegungen.

Seit 6. VIII. 00 wurde das Würgen wieder stärker. Pat. konnte fast nichts geniessen und musste alles ausbrechen.

In den letzten vier Wochen bestand blasser Ausfluss; auch sollen hautartige Stücke (einmal handgross) abgegangen

sein. Die Monate vorher soll kein Blutabgang bestanden haben.

Am 6. VIII. 00 mittags wurde von einem consultierten Arzte ein Colpeurynter von der Grösse einer Citrone in den Cervikalkanal eingeführt und mit Gewichtszug belastet (gewöhnliche Bierflasche mit Wasser gefüllt).

Dieser Colpeurynter hat bis zum 9. VIII. 00 8 h morgens gelegen, wo er spontan ausgestossen wurde. Während dieser Zeit tourenartige, ziehende Schmerzen im Rücken.

Am 9. VIII. 00 wurde derselbe Colpeurynter von Neuem eingeführt. Er lag bis zum 11. VIII. 00 5 h nachmittags.

Um diese Zeit wurde er vom Arzt nach Ablassen der Flüssigkeit entfernt.

Auch in diesen Tagen tourenartige ziehende Schmerzen im Rücken.

Am 10. VIII. 00 wurde eine zunehmende Spannung, Auftreibung und Schmerzhaftigkeit des Leibes bemerkt.

Seit 11. VIII. 00 abends fiel eine allgemeine gelbliche Verfärbung der Haut auf; es stellte sich Fieber ein.

Stuhl stets spontan, meist fest. Der letzte Stuhl am 12. VIII. 00 mittags zum ersten mal dünn, angeblich ohne fremde Beimischung. Flatus gehen ab.

Auf Veranlassung eines den behandelnden Arzt vertretenden Arztes wird Patientin mit der Vermutungsdiagnose „Extrauteringravidität“ am 13. VIII. in die Kgl. Universitäts-Frauenklinik aufgenommen.

Krankheitsverlauf während des Aufenthalts in der Klinik.

Vom 13. bis 20. VIII. war das Fieber remittierend, morgens 38°, abends 39°. Der Puls war fortgesetzt klein und frequent 120 bis 140. Patientin klagt fortwährend über Schmerzen im rechten Hypogastrium und im Rücken und hat fortwährend übelriechenden Ausfluss. Patientin bekommt abwechselnd Morphium und Opiumsuppositorien und vorsichtige vaginale Lysoldouchen. Trotzdem ist der Schlaf mangelhaft. Am 21. VIII. sinkt die Temperatur und bleibt bis zum 27. VIII. zwischen 36° und 37,8° bestehen.

Da das Allgemeinbefinden fortgesetzt schlechter wird, wird am 27. VIII. zur Operation geschritten.

Status:

Pat. macht den Eindruck einer sehr schwer Kranken. Colorit blass-gelb. Schleimhäute blass.

Vordere Muttermundslippe hinter dem Introitus zu sehen, stark schmutzig belegt.

Muttermund stark klaffend.

Cervicalcanal sehr weit. Innenfläche in starken Wülsten in das Lumen hervortretend.

Portio sehr stark geschwellt.

Hinteres Scheidengewölbe bei Berührung sehr empfindlich.

Abdomen ziemlich stark aufgetrieben.

Im linken unteren Bauchquadranten fühlt man einen Tumor, der sich nach aussen und oben scharf abgrenzt, bis zwei Querfinger breit über Nabelhöhe sich erstreckt und bis zur Crista ossis ilei hin sich verfolgen lässt. Besondere Teile sind in demselben nicht zu fühlen. Die obere Grenzlinie fällt nach der Mitte zu etwas ab. In der Linea alba steht die Grenzlinie ungefähr einen Querfinger unter dem Nabel.

Die rechte Bauchseite ist nur mässig prall gespannt, sehr empfindlich, jedenfalls mehr empfindlich als die linke; besonders empfindlich ist das Epigastrium nach rechts. Überall lauter tympanitischer Schall; nirgends vollständige Dämpfung. Etwas gedämpft tympanitischer Schall findet sich über dem nach aussen von dem fühlbaren Tumor gelegenen Abschnitte.

Innere Untersuchung und Austastung wird auf den unteren Abschnitt der Vagina beschränkt. Introitus klaffend, blass-gerötete Muttermundslippe stark geschwollen, dicht hinter dem Introitus, schmutzig belegt. Introitus sehr empfindlich, reichlicher übelriechender schmutziger Ausfluss.

Status vom 15. VIII.

Meteorismus geringer.

Scharf abzugrenzender Tumor von ovoider Gestalt mit schräg nach links aussen und oben liegender Axe, von der Mittellinie bis Spinae sin., nach oben bis nicht ganz zur

Nabelhöhle reichend, ziemlich pralle Consistenz, nicht ganz deutliche Fluctuation.

Nach rechts etwas unter Nabelhöhe querliegender, leicht gebogener derber etwa fingerdicker Strang, dessen Verbindung nach dem Uterus nicht ganz deutlich ist.

Innere Untersuchung: Portio wieder formiert, mit etwas Ectropium, nur für einen Finger durchgängig. Oberhalb des Scheidenansatzes gelangt man in einen weiten schlaff wandigen Raum.

Von links vornher schliesst sich an die nachgiebige Wandung dieses Raumes der untere abgerundete ins Becken ragende Abschnitt des von aussen gefühlten Tumors dicht an.

Das obere Ende der Uterushöhle nicht zu erreichen.

Einige Finger breit oberhalb der Symphyse, in der Richtung des Verlaufs der Uterushöhle am medianen Umfang des Tumors ein Absatz wahrzunehmen (rechtes Uterushorn?).

Laparotomie mit Handschuhen 27. VIII. 00. (Chloroform 16,0).

Bauchschnitt drei Finger breit oberhalb des linken ligamentum Poupartii vom äusseren Rectusrand bis nahe an die Spina, ca. 10 cm lang. Schichtweise Durchtrennung. Tumorwand mit dem Peritoneum lose verklebt, mit mehreren Fäden noch an die Aponeurose befestigt.

Incision der vorliegenden Sackwand. Man stösst zunächst auf dicke Massen missfarbener, zum Teil eitrig durchsetzter Placenta. Nach teilweiser Auslösung und Durchbohrung derselben gelangt man etwas weiter nach oben in die Fruchthöhle. Dabei Entleerung übelriechender Jauche.

Nach Auslösung mehrerer Stücke der Placenta ohne frische Blutung, findet sich der Kopf unten links im Fruchtsack. Zerreissung der weichen Decken mit Nelatonzange. Fassen der einzelnen gelösten Schädelknochen und vorsichtige Entfernung durch die Incisionswunde. —

Darauf lässt sich die Frucht leicht am Kopf entwickeln. Die Frucht der Grösse nach ausgetragen, etwa 48 cm lang geschätzt, männlichen Geschlechts, Haut dunkelbraun, schmutzig verfärbt, wird wegen der starken Fäulnis sofort beseitigt. —

Darauf werden noch grössere Abschnitte der vorn und unten inserierenden, im Ganzen sehr dicken und massigen Placenta ausgelöst, zuletz unter mässigem Blutabgang. Vom Boden des Fruchtsacks gelangt man rechts durch eine für zwei Finger durchgängige Öffnung in einen anscheinend daneben gelegenen Raum, in dem aber Darm nicht zu fühlen ist. Vom hinteren Scheidengewölbe wird in den bis hierher sich erstreckenden Fruchtsack eine Kornzange durchgestossen und mit derselben ein dickes Drainrohr nach der Scheide durchgezogen. Wegen fortbestehender geringer Blutung Tamponade des Sackes mit Jodoformgaze.

Gegeben wurde 16,0 Chloroform. Von vornherein schlechtes Aussehen. Der sehr frequente flatternde Puls fast nicht mehr fühlbar. Injection an den Oberschenkeln und den Brüsten von ein Liter Flüssigkeit, zur Hälfte Kochsalzlösung, zur Hälfte Natriumsacharatlösung. — Clysma nicht gehalten. — Tieflagerung des Kopfes. — Einwickelung in heisse Decken.

Eine halbe Stunde post op. exitus.

Sektionsprotokoll. (Herr Geheimrat Heller).

Weibliche Leiche, kräftig gebaut, Haut blass, schlaff, Muskulatur wenig entwickelt, blass, etwas von Fett durchwachsen. Unterhautgewebe zellreich, Mammae schlaff, auf dem Durchschnitt reichlich Colostrum entleerend. Bauch mässig aufgetrieben, nicht gespannt. An der vorderen Bauchwand in der oberen Hälfte Netz fest angewachsen. Beim Abtrennen des Netzes vom Quercolon gelangt man sofort in einen weiten, über zwei Kopf grossen, sehr unregelmäsigen buchtigen Sack mit stark schmutzig-jauchigen, bald dünneren, bald dickeren, oft etwas wulstigen Wandungen. Dieser Sack ist abgekapselt gegen einen links oben liegenden freien Teil der Bauchhöhle, in dem der grösste Teil der Dünndarmschlingen frei liegt. In der Gegend des Beckeneingangs führt dieser Sack durch eine aufgeschnitten 8 cm weite Öffnung in den Uterus. Der Uterus selbst aufgeschnitten 10 cm lang, im Fundus 9 cm breit. Die Grenze zwischen Cervix und Höhle ist nicht sehr deutlich, aber anscheinend 6 cm oberhalb der vorderen Muttermundslippe. Im Cervix

weicht die Schleimhaut in der Länge von 5 cm etwa 2 1/2 cm weit auseinander und führt glatt in einen nach unten und links gerichteten stumpfen, anscheinend mit Schleimhaut ausgekleideten Trichter hinein. Links im Scheidengewölbe findet sich eine Operationswunde, welche in den Douglasschen Raum und durch ihn in die Fruchtsackhöhle führt. Vom linken Horn des Uterus aus lässt sich mit einer feinen Sonde circa 15 1/2 cm lang die Tube in unregelmässigen Windungen verlaufend, verfolgen. Sie mündet in den grossen Jauchesack als ein abgeplatteter 2 cm breiter Schlitz. In der Umgebung ihrer Mündung Reste von lockerem, teils schmutzig-grau-rotem, teils missfarbigem Placentargewebe. Etwa in gleicher Höhe mit der Einmündungsstelle der Tube, circa 3 cm von der Tube entfernt, findet sich in den festen Massen der Wand eine verdünnte Stelle, die einen rostfarbenen, auf dem Querschnitt ins schiefrige übergehenden Herd einschliesst. Daneben ein etwa erbsengrosser, mit Dermoidcystentalg ähnlicher Masse gefüllter Hohlraum. Auf der anderen Seite liegt in Adhaesionen eingebettet in gleicher Höhe Tube und Ovarium. Der grosse Jauchesack ist hinten mit dem Mastdarm, rechts mit dem Coecum und Processus vermicularis, links mit Colon descendens fest, nur schwer löslich, verwachsen.

Vagina weit.

Leber: gross mit flacher Schnürfurche, etwas trübe;

Milz: an der Oberfläche mit zahlreichen, lockeren Bindegewebszöttchen, leicht geschwollen. Auf dem Durchschnitt Substanz ziemlich dunkelgraurot.

Nierenbecken weit.

Harnblase: flach zusammen gedrückt, enthält wenig blassen Urin. Schleimhaut sehr blass.

Dünndarm: soweit er frei im linken Hypochondrium, mit massenhaften feinen, lockeren Bindegewebssträngen überzogen, mässig weit, enthält geringe Mengen hellgelben, galligen Chymus.

Magen: mässig weit, enthält wenig Speisebrei; Schleimhaut blass.

Dickdarm: enthält dünnen gelben Kot. Schleimhaut blass.

Mesenterialdrüsen: klein.

Diagnose: Linksseitige grosse verjauchende Tubarschwangerschaft. Perforation des Fruchtsackes in den Uterus. Jauchige Peritonitis der unteren Bauchhälfte, mit ausgedehnten Verwachsungen. Trichterförmige Ausbuchtung des Cervicalkanals nach links und unten.

Lungenoedem: mit einzelnen Thromben der Pulmonalaeste. Trübungen und Blässe des Herzfleisches. Starke Trübung von Leber und Nieren. Allgemeine Anaemie.

Epikrise: Nach Inspektion des Situs bei der Autopsie wäre in Bezug auf die vorgenommene Operation noch hinzuzufügen, dass bei den breiten Verwachsungen des Fruchtsackes, der intra vitam durch Auflagerung des adhaerenten und mit Gasen gefüllten Darmes kleiner erschien, als er wirklich war, die Incision ausgiebiger hätte gemacht werden können. Es wäre alsdann die Entleerung, welche bei der kleinen Incisionsöffnung schwierig war, leichter und schneller von statten gegangen. Mit dem Eingriff selbst wurde gewartet wegen der hochgradigen Schwäche der Patientin und der Peritonitiserscheinungen. Doch machte das andauernd schlechte Allgemeinbefinden den Eingriff nach dem Abklingen des Fiebers und der Peritonitiserscheinungen notwendig. Die Ursache des Exitus ist wohl der an sich geringe Blutverlust, welcher bei der Lösung der ausserordentlich dicken Placenta verursacht wurde. Der Puls war von Anfang an sehr schlecht und flatternd, an Frequenz 140.

Zur Diagnose ist noch zu bemerken, dass von der Frucht nichts gefühlt werden konnte, teils wegen der Erweichung, teils weil sie unten vorn durch die ungemein massige Placenta verdeckt war.

I. Fälle von Laparotomie in der Endzeit der

No.		Alter	Frühere Geburten	Operation	
				Verfahren	Befund
1	Jurinka, Centralbl. f. Gyn. 1898, p. 708.	36	2spont. P., l. P. vor 1 Jahr	Bauchschnitt in linea alba 15 cm l. Sichtbarwerden des Fruchtsacks. Beim Versuch, die adhaerenten Darmschlingen zu lösen, Einreissen desselben. Entwicklung der Frucht. Abnabelung. Spärliche Mengen klaren Fruchtwassers entleeren sich. Bildung eines Stieles behufs Umstechung gelingt nicht, weil der Fruchtsack die Blätter des lig. lat. sin. enthaltend bis dicht an dessen Basis und den Uterus heranreicht. Bei stückweiser Lösung der an der linken Uteruskante sitzenden Placenta heftige Blutung. Feste Tamponade der Placentarstelle. Möglichste Loslösung der Fruchtsackwände von der hinteren Bauchwand und den Därmen. Ausschälung des Sackes. Darauf Abbindung eines breiten im lig. lat. sitzenden Stieles samt der Tube durch Partienligatur. Nach Entfernung der Tamponade Lösung von noch restierenden Placentarteilen ohne besondere Blutung. Abtragung des Stieles. Toilette des Peritoneums. Bauchwunde bis auf den unteren Winkel in 3 Schichten geschlossen. Durch diesen Drainage nach Mikulicz wegen zurückgebliebener Fruchtsackreste. Ausgangspunkt des Fruchtsackes nicht genau zu eruieren.	Tumor vom Beckeneingang ausgehend, den Douglas ausfüllend, bis 3 Querfinger übern Nabel reichend. In dem den Nabel überragenden Teil Kopf der Frucht sichtbar. Unterhalb desselben sich bewegende kleine Kindsteile. Uterus, durch Tumor an die Symphyse gedrängt, ist anteponiert, überragt 3 Querfingerweit die Symphyse. Der der linken Hälfte der Bauchhöhle angehörende Tumor ist nach oben und rechts mit Dünndarmschlingen, nach links mit der Flexura sigmoidea verklebt. Der vorderen Bauchwand zugekehrt findet sich eine freie handtellergrosse Stelle desselben, während rechts und gegen die Symphyse der vergrösserte Uterus den Fruchtsack deckt. Frucht in I. Beckenendlage.

Tubenschwangerschaft bei lebender Frucht ausgeführt.

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
Frucht blau asphyctisch, schreit bald auf Hautreize, frühreif. Gew.: 2250 g, L.: 45 cm. Schädel stark nach rechts gebeugt, der rechten Schulter anliegend. Gesicht stark nach links verschoben, indem der Unterkiefer nach links gerückt ist und dem Oberkiefer nicht anliegt. In der linken Mundseite klaffen die Alveolarfortsätze. Rechte Lidspalte enger. Linker Mundwinkel tiefer stehend. Linke Nasolabialfalte flacher. Beide werden bei Bewegungen besser innerviert als rechts, wo diese Teile unbeweglich in der contracten Stellung verharren. Rechter Arm wird stark adduciert gehalten, rechte Hand stark ulnarflectiert. Ihre Finger in Fauststellung, Daumen in starker Oppositionsstellung u. Flexionscontractur. Geringe Spontanbeweglichkeit. Zehen des rechten Fusses in Krallenhandstellung. Beide Füsse in Klumpfussstellung. Muskulatur der rechten Körperhälfte ist rigid, teilweise in spastischer Contractur. Rechter Patellarreflex erhöht.	Temperatur niemals über 37,9. Sekretion durch Drainage die ersten 3 Wochen sehr reichlich. Entfernung der Jodoformgazedrainage am 7. Tage. Ersatz derselben am 10. Tage durch ein Drainrohr, das bis in die 4. Woche liegen bleibt. Entlassung am 60. Tag. Geheilt bis auf eine 3 cm tiefe Bauchfistel. Uterus anteflectiert 6 cm lang. In den Parametrien vereinzelte Stränge. Im Douglas unempfindliche Resistenz (Fruchtsackreste?) Linke Adnexe nicht palpabel. Rechte normal. Kind wiegt bei Entlassung 2320 g.		Intraligamentäre linksseitige Tubenschwangerschaft.	Letzte Menses vor 5 Monaten. Aufnahme wegen Anschwellung des Abdomens und heftiger anfallsweiser Schmerzen von stossendem Charakter. Status: Schlechter Kräftezustand. Abd. durch weichen Tumor, der vom Beckeneingang ausgehend bis 3 Querfinger über den Nabel reicht. Oberhalb des Nabels der Kopf, unterhalb desselben sich bewegende kleine Teile sichtbar. Herztöne links vom Nabel, Uteringeräusche in dem unteren Teile des Tumors hörbar. Innerer Befund: Schleimhaut der Vagina und Portio aufgelockert, livide. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Sondenlänge 10 cm. Uterus anteponiert, vorgedrängt durch einen den Douglas ausfüllenden weichen Tumor. Zu diesem hinverlaufend kann die fingerdicke Tube von der linken Uteruskante abgetastet werden.

No.		Alter	Frühere Geburten	Operation: Verfahren	Operation: Befund
2	Neugebaur, Centralbl. für Gyn. 1898, p. 785.	36	2 spontane Partus. Zwischen beiden 1 Abort	Operation d. 16. IX. Nach Eröffnung des Abdomens drängt sich der Steiss aus der Wunde. Extraction des Kindes. Nach Durchschneidung der Nabelschnur wölbt sich im untern Winkel des Bauchschnittes die sich spontan lösende Placenta hervor. Manuelle Lösung der Placenta. Tamponade der Placentarstelle. Rings um die Placentarstelle Umstechungsnähte. Tamponade der Excavatio vesico-uterina. Herausleiten des Endes am unteren Wundwinkel. Schliessung der Bauchwunde durch eine Reihe von Knopfnähten.	Kind liegt frei in der Bauchhöhle. Kopf lag unterhalb der Leber rechterseits der Wirbelsäule an. Steiss im grossen Becken links auf der Hüftbeinschaufel. Vom Eisack und Fruchtwasser nirgends etwas zu sehen. Placentarinsertion an der hinteren Harnblasenwand und der vorderen Uteruswand. Nabelschnur wies eine marginale Insertion auf, war um den Hals des Kindes und seinen linken Oberarm gewickelt, war kurz und dick. Peripherie der Placenta 56 cm. Gew. 475 g. L. der Nabelschnur 37 cm. Am Rande der Placenta in Verfettung übergegangene Membranfetzen, die auf die vordere Bauchwand übergingen.
3	Spörlin, Centralbl. f. Gyn. 1897, p. 1265	36	6 spontane Partus	Schnitt in der linea alba. Nach Durchtrennung des Peritoneums wird der allenthalben mit der Bauchwand verwachsene Fruchtsack sichtbar. Bei Versuch den Fruchtsack zu lösen, starke Blutung. Deshalb Belassung des Status. Eröffnung des Fruchtsacks. Placenta liegt vorn. Starke Blutung. Lösung der Placenta. Entwicklung des Kindes. Wegen starker Blutung Tamponade des Fruchtsackes. Kompressionsverband. Blutung steht.	Frucht in I. Schädellage.
4	Reismann, Centralbl. f. Gyn. 1896, p. 10.	30	2 spontane Partus	Bauchschnitt in der Linea alba. Hinter dem Uterus wird ein nach beiden Seiten sich erstreckender Tumor nach Eröffnung der Bauchhöhle sichtbar. Rechte Hälfte des Sackes wird vom Lig. lat. bedeckt. Eröffnung des Sackes links überm Uterus Extraction der Frucht. Lösung der am Peritoneum des Douglas und am Kreuzbein sitzenden Placenta. Eihäute stark adhaerent an rückwärtiger Wand des Uterus. Entfernung des stark laedierten ligamentum latum dextrum nach partienweiser Unterbindung.	Frucht liegt in Schieflage im Fruchtsack. Steiss rechts oben, Kopf links unten. Adnexe beiderseitig nicht aufzufinden.

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
Die lebende Frucht war 47 cm lang, 2950 g wiegend. Quermasse des Schädels 7 und 8 cm. Umfang 31 cm. Gesicht auf der rechten Gesichtshälfte, die der Wirbelsäule anlag, eingeknickt. Pes dexter varus, sinister valgus.	Heilverlauf glatt. Am 15. Tage Temperatursteigerung bis 39. Am 2. Tage Entfernung der Tamponade, am 8. Tage der Nähte. Am 10. Nov. Entlassung mit noch nicht ganz geschlossener Fistel. Kind † nach 9 Std. infolge des Morphinismus der Mutter.	Section d. Kindes ergab Atelectase der Lungen.	Wahrscheinlich Tubargravidiät und secundär Abdominalschwangerschaft.	Letzte Menses d. 3.—6. II. 97, kürzere Zeit wie sonst dauernd. Vom 10. II. eine Blutung, die 6 Wochen unter grossen Schmerzen anhielt. Deshalb Bettruhe. Unterleib vergrössert sich, im Juni erste Kindsbewegungen. Letztere sehr schmerzhaft, deshalb in den letzten drei Monaten tgl. 2 Morphiumspritzen. Aufnahmestatus: Stark abgemagerte Patientin. Hängebauch. Umfang desselben dem Ende der Schwangerschaft entsprechend ca. 99 cm. Rücken rechts. Steiss auf linker Darmbeinschaufel. Kopf nicht tastbar. Herztöne in Nabelhöhe. Uterus dextro retrovertiert. Sondenlänge 11 cm. Scheide mit typischen Schwangerschaftsveränderungen. Colostrum in den Brüsten.
Frühreifes Mädchen, Gew. 1200 g L. 37 cm, zeigt mehrere tiefe Eindrücke und zwar einen auf der linken Gesichtsseite vorn und unten vom Ohr und auf rechter Seite am Schläfenbein. Unterkiefer nach rechts verschoben Füsse in leichter Klumpfussstellung.	In den der Operation folgenden Tagen leichte Temperatursteigerung. 7. Sept. Erneuerung des Verbandes. 9. Sept. Entfernung und Erneuerung der Tamponade. Im weiteren Verlauf Ausstossung von Eihaut und Placentaresten. 15. Nov. entlassen mit granulierender Wunde.			Pat. zeigte im II. Monate Symptome innerer Blutung. Aufnahme-Status: Leib aufgetrieben, empfindlich. Im unteren Teil des Abdomens ein assymetrischer mehr nach rechts gelegener Tumor bis zur Nabelhöhe reichend, weich, elastisch, unbeweglich. Kleine Teile undeutlich fühlbar. Gefässgeräusche, keine Herztöne hörbar. Innerer Befund: Schleimhaut der Portio und Vagina livide. Uterus nach vorn gedrängt, leer, mit dem Tumor verwachsen. Brüste vergrössert, pigmentiert, entleeren Colostrum.
Frühreifes Mädchen, Gew. 2660g, Länge 45 cm. Kopfumfang 34,5, Schädel dolichocephal, zeigt an seiner hinteren Seite bogenförmige Compression, die den rückwärtigen Teil des Stirnbeins und des vorderen	Verlauf im Allgemeinen glatt. Am 4. Tage 38,9°, am 14. Tage 39° Temperatur. Thrombose in linker unterer Extremität. Am 58. Tage post op. verliess Pat. geheilt und mit lebendem Kinde die Klinik.			Letzte Menses 22. XII. 1894. Am 15. Juni erste Kindsbewegungen. Im 3. Monat Ohnmachtsanfälle. Schmerzen in der linken Bauchhälfte. Dort bemerkt Pat. eine hühnereigrosse Geschwulst. Häufiger schmerzhafter Harndrang. Die Geschwulst schwindet. Befund am 19. Sept 95. Assymetrisch-vergrösserter Bauch. In demselben ein dreiteiliger Tumor, dessen mittlerer in linker Bauch-

No.		Alter	Frühere Geburten	Operation: Verfahren	Operation: Befund
				Da es weiter blutete, Umstechung der diesseitigen arteria spermatica und arteria uterina. Entfernung des Uterus, da seine rückwärtige Wand stark blutet. Drainage des nach Exstirpation des Uterus zurückgebliebenen Raumes und des Restes des Fruchtsackes nach der Scheide hin. Schliessung der Bauchwunde.	
5	Toth, Arch. f. Gyn. 1896, Bd. 51 p, 410.	36	1 spont. Geb. vor 14 Jahren	Um Absterben der Frucht und Abliteration der Gefässe herbeizuführen, wird am 22. III. die Punction vom Scheidengewölbe ausgeführt. Reines, frisches Blut entleert sich aus der Oeffnung. (Beschädigung der Placenta.) Blutung steht auf Tamponade nicht. Laparotomie mannkopfgrosser Tumor, allseitig verwachsen, besonders stark mit dem Uterus. Herausschälen des Fruchtsackes verursacht grosse Blutung. Derselbe berstet während der Freilegung. Fruchtwasser ergiesst sich in die Bauchhöhle. Extraction des sechsmonatlichen Foetus. Umstechung des linken lig. lat. Stückweise Entfernung des Fruchtsackes. Stillung des Blutes aus linksseitiger Uteruswand gelingt nicht. Deshalb Entfernung des Uteruskörpers. Einnähen des Stumpfes in die Bauchwunde. Drainierung des Fruchtsackes von der Bauchwunde.	Der mannskopfgrosse Tumor mit peritonealem Ueberzug zieht vorn die Blase hoch, entfaltet die Blätter des linken Mutterbandes. Die vergrösserte weiche Gebärmutter ist nach rechts verschoben. Der Tumor mit Darmschlingen und dem processus vermiformis verwachsen.

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
Scheitelbeins betrifft. Rechte obere Extremität im Ellenbogen flectirt. Unterarm in Pronationsstellung. Rechte untere Extremität nach einwärts rotiert, kann wegen Contraction der Muskeln nicht in Extensionsstellung gebracht werden. Kopf gegen die rechte Schulter gebeugt. Hochgradige Contractur des musculus trapezius. Es besteht ein Caput obstipum spasticum. Am 8. und 9. Tage post op. an rechter Hand athetosisartige Bewegungen. Rechte obere Extremität wird etwas beweglicher. Es bestand also eine congenitale Hemiplegia spastica cerebralis,, entstanden durch Druck des Uterus auf die Frucht.				hälfte befindlicher Teil sich etwas über den Nabel erhebt, genau contourierbar ist, von Kindskopfgrösse und zu Contractionen neigend. Links von diesem ein weicher weiter hinauf reichender Tumor. Rechts von ihm die ganze rechte Bauchhälfte ausfüllender zu Contractionen neigender Tumor. Mittlerer Tumor mässig beweglich. Im oberen Teil des rechten Tumors ein abgerundeter weicher Teil, weiter unten kleine Teile. Links vom Nabel kindliche Herztöne. Innerer Befund: Scheide livide, verengt durch einen den Douglas und das hintere Scheidengewölbe ausfüllenden soliden Tumor. Der mittlere Tumor ist der Uterus, welcher durch den hinter ihm liegenden Tumor nach aufwärts gedrängt ist.
Sechsmonatlicher lebender Foetus ohne Besonderheiten.	Verlauf ungestört. Im Anfang sondert sich durch die Drainage Eiter ab. Entlassung nach $2^1/_2$ Monaten mit einer Bauchfistel, welche sich später schliesst.	—	—	Letzte Menses vor 6 Monaten. Erste Kindsbewegungen vor 6 Wochen. In den ersten drei Monaten nach heftiger Bewegung blutiger Ausfluss. Seit 8 Tagen Wehen. Befund am 18. März: Colostrum in den Brüsten. Im Abdomen ein bis über den Nabel reichender Tumor, welcher zur Contraction neigt. Kindsteile nicht fühlbar, Herztöne nicht zu hören. Tumor tief im Becken eingekeilt teilweise intraligamentär.

No.		Alter	Frühere Geburten	Operation: Verfahren	Operation: Befund
6	Pinard, Annal. de Gynecol, Bd. 54 Août 1895. Ref. der Schmidt' schen Jahrbücher. Bd. 250 p. 160.	36	—	2. Mai 1895 Laparotomie. Extraction eines asphyctischen Knaben. Einnähung des incidierten Sackes. Die Höhle wird mit Jodoformgaze und Salolgaze tamponiert.	—
7	Both, Monatsschrift f. Geb. und Gyn., Bd. IX. p. 782.	26	1spont. Partus.	16. Juli 1898 Laparotomie. Entwicklung der frei zwischen den Därmen liegenden Frucht. Abnabelung. Kein Fruchtwasser, kein Fruchtsack. Placenta überdeckt die rechte Beckenhälfte. Reste des Fruchtsackes und Rand der Placenta sind mit Beckenwand, Netz und Darm stark verwachsen. Nach Lösung der Verwachsungen liess sich ein Stiel bilden und es wurde die Placenta mit dem Eileiter abgebunden. Die erhebliche Blutung wird durch Umstechung gestillt.	Am entfernten Praeparat fand sich der Wurmfortsatz in die Eihäute am vorderen Placentarrand eingebettet. Tube lässt sich 6 cm weit in die Sackwand verfolgen, wo sie in die Placentarinsertion übergeht. Mikroskopisch findet sich in der ganzen Tube Deciduavera ausgebildet. Basis der Placenta war die rechte Tube in ihrem ampullären Teil. Die Muskelelemente der Tubenwand gehen unter Einlagerung von Bindegewebe auffällig weit auseinander.
8	v. Herff, Zeitschr f. Geb. und Gyn. Bd. 34 p. 27.	29	2spont. Partus. Letzter Partus 1887.	Laparotomie. Aethernarkose. Beckenhochlagerung. Herztöne hörbar. Grosser Schnitt. In der Wunde stellte sich links von der Medianlinie ein grosser hochrot entzündlicher Tumor ein von Kindskopfgrösse. Aus seiner medianen Kante hing die Nabelschnur nebst einigen Eihautfetzen. Keine Blutung, keine freie Flüssigkeit. In Nabelhöhe die linke Schulter der Frucht, die vollkommen nackt ganz zwischen Dünndarmschlingen in Steisslage mit Rückenventrat und in normaler Haltung vergraben lag. An den Schultern liess sich das Kind entwickeln. Kind ist anfänglich apnoisch, schreit bald. Uterus lag dorsal dem Fruchtsack an und war in dicken perimetritischen Adhaesionen völlig eingehüllt. Von der linken Uterus-	–

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
Frühreifer Knabe. Gew.: 2730, Länge 47 cm. Kind zeigt leichte Ungleichheit der beiden Gesichtshälften und eine Vertiefung am Unterkiefer, welche dadurch entstanden ist, dass der Kopf durch die Sackwand gegen die linke Schulter gepresst wurde.	Am 17. Tag mit lebendem Kind geheilt entlassen.	—		Letzte Menses: Juli 1894. Im October Schmerzen im Leib. Im November sehr heftige Schmerzein beim Sruhlgang und beim Wasserlassen. Pat. muss deshalb bis Februar das Bett hüten. Im Februar findet die Untersuchung eine extrauterine Schwangerschaft von ca. $6^1/_2$ Monaten mit lebendem Kind. Pat. hat Oedeme der unteren Extremitäten.
Frucht ohne Missbildungen. Gew.: 1750, Länge 42. Kommt asphyctisch zur Welt.	Kind † nach 20 Std. Heilverlauf glatt.		Rechtsseitige Tubenschwangerschaft.	Letzte Menses Ende November 1897. Mitte Januar Diagnose auf Eileiterschwangerschaft gestellt. Anfang Februar Deciduaabgang. Im April wahrscheinlich Ruptur des Eileiters. Plötzlich auftretender heftiger Schmerz. In der ersten Hälfte Mai Kindsbewegungen. Anfang Juli Untersuchung von A. Martin: Vom Rippenbogen bis zur Symphyse tympanitischer Schall. Frucht auffallend leicht fühlbar und verschiebbar. Im Becken rechts eine stark pulsierende weiche Masse, links die 3—4 Querfinger über die Schamfuge reichende Gebärmutter. Diagnose: Secundäre Bauchhöhlenschwangerschaft, wahrscheinlich in der 32. bis 33. Woche.
Frucht männlich. Gew.: 2000 gr. Länge: 43 cm. Schädel stark nach hinten abgeflacht. Von der Scheitelhöhe setzt sich die abfallende Scheitelwölbung in das stark und spitz sich vorwölbende Hinterhaupt fort. Kopf wird gegen den Nacken gebeugt gehalten.	Kind † 26. Juli an Brechdurchfall. Heilung der Mutter verläuft schwer. Temperatur am 1. Tage 4°. Meteorismus und Ileuserscheinungn durch starke Hegar'sche Einläufe beseitigt. Später leichte Fiebersteigerung, bedingt durch ein linkes Stumpfexsudat und eine Venenthrombose		Intraligamentäre, wahrscheinlich tubare Schwangerschaft.	Pat. ist immer gesund gewesen. Letzte Menses am 16. August 1894. Nur mässige Schwangerschaftsbeschwerden, Erbrechen und Übelkeit. Von Mitte October bis Weihnachten Klagen über geringe Blutung, die zeitweise durch hellen, wässrigen Ausfluss unterbrochen ist. Während dieser Zeit mässige Unterleibsbeschwerden, Gefühl der Schwere in den Beinen, ziehende und stechende Schmerzen in beiden Seiten und in der Lendengegend mit Ausstrahlung in die Oberschenkel. Anfang November bis Mitte Dezember sehr heftige Cardialgien. Um diese Zeit entdeckt Patientin eine langsam zunehmende Ge-

No.	Alter	Frühere Geburten	Operation: Verfahren	Operation: Befund
			seite hatte der Sack des ligamentum latum, die Plica ovarico pelvica, sowie das Mesocolon des S. romanum in ganzer Ausdehnung bis zur linea innominata entfaltet. Seine Oberfläche war allseitig mit Darm und Netz verwachsen. An der medianen Seite die oben erwähnte Rissstelle, aus der sich eine kleine Placenta succenturiata, sowie ein Teil der Hauptplacenta glockenförmig vorwölbt. Aus der Rissstelle heftige Blutung. Deshalb ist die Entfernung des Fruchtsackes notwendig, obwohl die Placenta am ligamentum latum bis tief ins kleine Becken haftete. Lösung der Dünndarm- und Netzadhaesionen, bis auf das S. romanum, das der Sackwand breit aufsass. Daher zunächst Abklemmen der Aeste der Spermatica und der Uterina, welche später durch Seidenligaturen unterbunden werden. Eröffnung der Peritonealplatte und stumpfe Auslösung des Sackes aus seinem Bett. Dies besteht aus den genannten Bauchfellfalten und der Serosa der linken Hälfte des kleinen Beckens und der Mesenterialansatzstelle des S. romanum. Nach Emporheben des Sackes heftige, zum Teil arterielle Blutung aus der Tiefe der Wundhöhle, die durch Gazecompressen gestillt wird. Später Entfernung derselben und isolierte Unterbindung der spritzenden Arterien und Venen in der Tiefe des Sackes. Gleichzeitig werden die Peritonealblätter mit tiefen Arkadennähten mit einander vernäht. Blutung aus dem S. romanum durch feine Catgutnähte gestillt. Der vom Mesenterium entblösste Darm wird an sein altes Mesenterium genäht. Die schwierige Entfernung der rechtsseitigen, verbackenen Adnexe verbot der Zustand der Patientin. Schluss der Bauchhöhle nach Auswaschen mit Tavel'scher Lösung.	

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
	der linken Vena cruralis. Am 10. Tage wird unter übelriechendem Ausfluss die Decidua ausgestossen. Am 9. Mai eine wenig Erscheinungen machende Lungenembolie. Entlassung am 16. Juni mit kleinem Stumpfexsudat.			schwulst. Danach Besserung. Ende Januar von Neuem Übelkeit, zeitweises Erbrechen mit quälenden dumpfen Schmerzen in der linken Bauchseite, so dass Schwangere Hülfe in der Klinik sucht, wo am 28. I. 1895 neben einem vergrösserten Uterus eine sich fest anfühlende Geschwulst abgegrenzt werden konnte, die dem linken Fundalwinkel aufsass. Diagnose auf Schwangerschaft mit subserösem Myom. Später konnte man den Uterus nicht mehr abgrenzen. Bei späteren Untersuchungen fällt auf, dass die Grenzen des vermeintlichen Uterus wechseln. Mitte Februar werden Kindsbewegungen und Herztöne gehört. Zustand der Patientin bis auf leichte Störung der Blasen und Mastdarmthätigkeit und geringem Ausfluss leidlich. Am 31. März plötzlich zunehmende Schmerzen, die über den ganzen Leib ausstrahlten, ferner Übelkeit, Erbrechen, Atemnot und Kopfschmerzen, welche Patientin zwangen, am 2. April sich in die Klinik aufnehmen zu lassen. Status: Patientin von mittlerem Ernährungszustand. Atmung und Puls beschleunigt. Leib prall gespannt und druckempfindlich, besonders im Epigastrium. Meteorismus. Leibesumfang 94 cm. Palpation ergiebt einen mässig festen Tumor, der aus dem Becken aufsteigend und 2 Finger den Nabel überragend, den Eindruck eines schwangeren Uterus im VII. Monat machte. Rechts über Nabelhöhe sind Herztöne hörbar. Von der linken Fundus- und Seitenkante des vermeintlichen Uterus entspringt breitbasig in das linke Hypochondrium eine rundliche Geschwulst von härterer Consistenz. Ueber dem aufgetriebenen Leib, in seinen abhängigen Teilen tympanitischer Schall. Scheide mässig weit. Portio hochstehend, mässig aufgelockert. Cervikalkanal nicht durchgängig. Links im hinteren Scheidengewölbe eine mässig empfindliche Schwellung. Uterus lässt sich nicht differen-

No.		Alter	Frühere Geburten	Operation: Verfahren	Operation: Befund
9	v. Herff, Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 34, p. 34.	22	1spont. Geb. im Mai 1891.	Nach Eröffnung der Bauchhöhle stellte sich der von Netz und Darmadhaesionen freie Fruchtsack ein. Median von ihm der um das Dreifache vergrösserte Uterus, welcher mit seiner ganzen hinteren Wand allseitig mit dem Sack verwachsen ist. Wegen Haften im Douglas gelingt es nicht, Fruchtsack mit Uterus herauszuwälzen, sondern erregt starke Blutung. Deshalb Unterbindung der linksseitigen Gefässe. Eröffnung des Eies. Entwicklung und Abnabelung der lebenden Frucht. Placenta dicht an der Eröffnungsstelle sitzend, haftete am ligamentum latum und der ganzen hinteren Uteruswand bis tief in den Douglas hinein. Placenta beginnt sich unter heftiger Blutung aus linker Uteruskante zu lösen. Ein Versuch, die Placentarstelle nach Martin zu umstechen, misslingt. Deshalb Unterbindung des rechten ligamentum latum und, da es nicht genügte, supra vaginale Umschnürung des Uteruskörpers mit einer elastischen Ligatur. Während weiterer spontaner Ablösung der Placenta starke Blutung aus der Tiefe. Darum Ablösung der Placenta mit möglichster Entfernung des Fruchtsackes, während versucht wurde, die venöse Blutung durch Nachstopfen von Gaze zu stillen. Da dies nicht möglich, Compression der Aorta in der Gegend des 4. Lendenwirbels. Während dessen Entfernung der Gazetampons und Umstechung der blutenden Gefässe. Da der Uterus von den beiden ligamenta lata abgelöst war, Tieferlagerung der Ligatur, Abtragung des Uteruskörpers. Das Gebiet der Placentarhaftung sowie das eröffnete Peritonealblatt des ligamentum latum wurde mit den Resten der Sackwand so vernäht, dass der vielfach unterbundene Bezirk nebst dem Cervix gegen die Bauchhöhle möglichst abgeschlossen wurde. Tamponade und Drainage dieser Höhle mit steriler Gaze. Verschorfung des Cervixstumpfes mit dem Paquelin und Aetzen mit 50 % Chlorzinkpaste. Chlorzinkverband der Wundrinne.	Schädel der Frucht fest im Douglas gegen das Promontorium eingekeilt, so dass das eine os parietale eine tiefe Delle zeigte. Befund ergiebt eine frühzeitig nach dem Douglas hin geborstene Tubenschwangerschaft. Placentarentwickelung überschritt die Tubengrenze. Es hatte sich ein secundärer Sack aus Fibrinschwarten gebildet.

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
				zieren. In den folgenden Tagen so starke peritonitische Reizung und Erbrechen, so dass Nahrungsaufnahme unmöglich ist. Keine Blähungen, kein Stuhlgang. Letzterer erst durch Hegar'sche Einläufe erzielt. Puls 120. Temperatur immer unter 38,0°. Operation am 5. April 1895.
Frucht lebend ohne Besonderheiten, dem Ende des VII. Monats entsprechend.	Heilverlauf gut. Stumpf alle 2 Tage mit steriler Gaze verbunden. Temperatur steigt am 16. und 17. etwas an. Entfernung der Tamponade. Der Stumpf stösst sich allmählich ab. Am 17. November wird Patientin bei völligem Wohlbefinden mit granulierendem Trichter entlassen. Kind † 1 Std. post op.	—	Tubarschwangerschaft.	Patientin war bisher stets gesund. Das frühere Wochenbett fieberfrei. Beginn jetziger Schwangerschaft Anfang August 1891. Ende Oktober zweitägige mässige Blutung, die sich später dreitägig und etwas stärker Mitte und Ende October wiederholt. Vom September an öfters schneidende Schmerzen im Unterleib, die nach den Schenkeln zu ausstrahlen. Ende November gegen Abend eines arbeitsreichen Tages heftige kolikartige Schmerzen mit Chockerscheinungen. Deshalb Arzt consultiert, welcher wegen grosser Empfindlichkeit des Unterleibes eine Peritonitis annimmt. Später wird die Diagnose Extrauterinschwangerschaft gestellt. Aufnahmestatus vom 22. II. in der Kgl. Frauenklinik: Lungen, Herz und Nieren gesund. Brüste entleeren Colostrum. Abdomen mässig ausgedehnt. Aus dem Becken stieg bis über Nabelhöhe ein prall-elastischer Tumor, in dem deutlich Kindsteile nachweisbar waren, empor. Rechts von diesem Tumor, in halber Höhe, lässt sich der Uterus abgrenzen. Adnexe nicht palpabel. Rechts von der Linea alba in Nabelhöhe Herztöne. Über dem ganzen Tumor Gefässgeräusche. Scheide aufgelockert, livide. Portio kurz, rechts stehend. Cervix für einen Finger durchgängig. Links war das Scheidengewölbe durch einen prall-elastischen Tumor, in dem Gefässgeräusche pulsierten, herabgedrängt. Diagnose: Linksseitige lebende Extrauterinschwangerschaft in 28. Woche. Trotz Bettruhe am 23. und 24. II. heftige Kolikanfälle mit Erbrechen und brennenden

No.		Alter	Frühere Geburten	Operation: Verfahren	Operation: Befund
10	Werder, The Am. journal of obst. Vol. XXXI p. 137. Ref. der Jahresber. über die Fortschr. auf dem Gebiet der Geb. und Gyn. 1896 S. 594.		—	Laparotomie 2 Wochen vor dem normalen Schwangerschaftsende. Eröffnung des Fruchtsackes. Heftige Blutung in die Tiefe, steht nach Abklemmung der Spermatikalgefässe und der Uterina. Lösung der Placenta bei geringem Blutverlust. Resection des Fruchtsackes. Verkleinerung des Restes durch Seidennähte und Annähen an die Parietalserosa. Drainage.	Dem Befund nach war die Schwangerschaft primär der Tube angehörig, rupturierte dann ins ligamentum latum, dann in die Bauchhöhle.
11	Sutton, Transact. of. the Obst. Soc. of London. Vol. XL Bd. IV. p. 308.	24	Eine spont. Geb. vor 20 Mon.	Laparotomie. Extraction eines lebenden Foetus. Placenta inseriert auf dem linken Mesometrium nahe dem Uterus. Ihre Gefässe kommunizieren mit den grossen Arterien und Venen des Netzes. Ligatur des letzteren und die Mesometriums. Abtragung der Placenta.	

II. Fälle v. Laparotomie in der Endzeit d. Tubenschwangerschaft ausgeführt

No.		Alter	Frühere Geburten	Operation: Verfahren	Operation: Befund
1	Driessler, Diss. Heidelberg, Jahresberichte 1899, p. 702.		—	Laparotomie. Incision des Fruchtsackes, Entwicklung und Extraction der Frucht. Partielle Resection des Fruchtsackes. Schluss der Bauchwunde. Drainage durch den unteren Wundwinkel.	Fruchtsack mit den Därmen verwachsen. Derselbe entfaltet sich hinter dem Uterus in das linke Parametrium und den Douglas.
2	Karow, Inaug.-Diss. Leipzig 1897, Ref. Centralbl. f. Gyn. 1898, p. 94.		—	Laparotomie. Eröffnung des Fruchtsackes, Extraction der Frucht. Starke allseitige Verwachsungen des Fruchtsackes, so dass ein Fruchtsackrest zurückgelassen werden muss. Während der Operation Collaps. Eine halbe Stunde später exitus.	

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
				Schmerzen im Unterleib. Im März Anschwellen des rechten Beines. Operation am 10. März 1892.
Lebende und lebensfähige Frucht.	Genesung.		Wahrscheinlich primäre Tuben- und secundäre Abdominalschwangerschaft.	--
Lebende Frucht Gew. $7^1/_2$ ℔.	Genesung.		Wahrscheinlich primäre Tuben- und secundäre Abdominalschwangerschaft.	Letzte Menses im Juli 1897s Im August geringe Blutung. Bi-Mai 1898 ist Patientin beschwerdefrei. Dann treten Schmerzen auf. Untersuchung ergiebt Leere des Uterus.

nach dem Absterben der Frucht mit partieller Resection des Fruchtsackes.

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
Tote fast ausgetragene Frucht.	Tod 7 Tage post op. an Anaemie.	Primäre Entwicklungsstelle nicht zu eruieren. Fruchtsack enthält keine Muskelfasern.	Nicht festzustellen.	
Frucht übertragen im 12. Monat, maceriert, weiblich, L. 57,5 cm.	Exitus $^1/_2$ Std. post op.	Zwischen den Darmschlingen zahlreiche Membranen, in welche Meconium eingeheilt	Graviditas tubaria, resp. tubo-abdominalis.	

No.		Alter	Frühere Geburten	Operation	
				Verfahren	Befund
3	Abegg, Centralbl. f. Gyn. 1897, p. 472.	40	—	Laparotomie. In die Bauchhöhle stellt sich eine bläulich glänzende cystenähnliche Geschwulst ein, welche den Fruchtsack darstellte. Stumpfe Lösung rechtsseitiger Verwachsungen des Sackes mit der vorderen Bauchfellwand und den Därmen. Nach Einschnitt der Sackwand entleert sich eine grosse Menge dünn-flüssigen bräunlichen Fruchtwassers. Extraction der Frucht. Leichte manuelle Entfernung der blutleeren Placenta und der dünnen Nabelschnur. Ein Stück des Eisackes, welches mit Ureteren und Därmen fest verwachsen war, wird zurückgelassen. Entfernung der auf dem Eisack sitzenden und mit ihm verwachsenen Tube. Schluss der Bauchwunde bis auf den unteren Wundwinkel, durch welchen der Fruchtsackrest drainiert wird.	Sack überragt ca. 3 cm den Nabel, ragt tief ins kleine Becken hinein und ist dort vielfach verwachsen. Sackwand ist 3 mm dick, lässt mikroskopisch nur Bindegewebe erkennen. Placenta sitzt an der vorderen inneren Wand des Eisackes. Frucht lag in Fusslage im Sack.
4	Stepkowski, Medycyna 1898 ofr. Ref. Centralbl. für Gyn. und Geb. 1898 S. 310.	30	1 spont. Partus. 1 Abort.	Nach Eröffnung der Bauchhöhle stellt sich ein mit Peritoneum bedeckter mannskopfgrosser Tumor, welcher der rechten Uteruskante adhaerent ist, ein. Nach Lösung der Darmadhaesionen Eröffnung des Sackes. Entwicklung des abgestorbenen Kindes. Nach Resection eines Teiles des Fruchtsackes mit der ahdaerenten Placenta, wird der Rest in den unteren Wundwinkel eingenäht. Jodoformtamponade, Naht und Verband.	Placenta 12 cm lang. 10 cm breit, Nabelschnur 16 cm lang mit Insertiovelamentosa.

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
		war, so dass Ruptur des Sackes vorgelegen haben muss. Glatte Muskelfasern wurden im Fruchtsack nicht nachgewiesen.		
Frucht männlich, Gew. 2100 g, L. 47 cm, war überzogen mit dickem, käsigen Firniss, war dem Aussehen nach vor ca. 10 Wochen abgestorben.	Beim Verbandwechsel am 25. April sind die Stichkanäle vereitert. Temperatur 39°. Täglicher Verbandwechsel. Am 28. April Entleerung übelriechenden Eiters aus dem unteren Wundwinkel. Aufhören des Fiebers. Ausspülen der Eiterhöhle mit Borsäurelösung. Eiterhöhle verkleinert sich. Am 24. Mai besteht noch eine 1 cm grosse serumentleerende Oeffnung. Im August wird Pat. völlig geheilt entlassen.	—	—	Aufnahme-Status: Gut genährte Patientin. In der Mitte des Unterleibes eine gleichmässig pralle Geschwulst, die den Nabel um 3 cm überragt, überall von scheinbar flüssigem Inhalt. Kindliche Herztöne nicht zu hören; Kindsteile nicht nachzuweisen. Innere Unters.: Scheidenteil derb, Muttermund klein. Uterus leer. Im hinteren Scheidengewölbe eine pralle fluctuierende Geschwulst.
Foetus ausgetragen, maceriert.	Heilung.	—	Linksseitige intraligamentäre Schwangerschaft.	Letzte Menses im Januar. Im Juli von Neugebauer die Diagnose Extrauterin Gravidität gestellt. Letzte Kindsbewegungen Mitte September. Operation am 15. Nov. nach starken Leibschmerzen und Blutabgang in den letzten zwei Wochen. Uterus $9^1/_2$ cm lang. In der Bauchhöhle ein Tumor von unregelmässigen Formen. In der rechten Beckenhälfte ein als Kindskopf anzusprechender harter Teil.

III. Fälle von Totalexstirpation des Fruchtsackes in der späteren

No.		Alter	Frühere Geburten	Operation	
				Verfahren	Befund
1	Bovée, The Amer. journ. of obst. Vol. XXXVI, p. 314. Ref. der Jahresberichte über d. Forschr. auf dem Gebiete der Geb. und Gyn. 1898, S. 675.	28	—	Laparotomie. Eröffnung des Fruchtsackes. Entwickelung des ausgetragenen Foetus. Placenta links im Becken. Ausschälung des Fruchtsackes, der dem Uterus, der Blase und dem Rectum adhaerent war. Unterbindung nur eines Gefässes. Drainage.	
2	Dunning, The Amer. journ. of obst. Vol. XXXVI, p. 43. Ref. der Jahresber. 1898 p. 678.	—	–	Laparotomie. Fruchtsack überall von Peritoneum bekleidet, das sich in Höhe des Promontoriums auf ihn überschlägt. Von ihm nach rechts der Uterus, mit dem Fruchtsack adhaerent, aber nicht in ihm aufgehend. Die vordere Wand des letzteren ist vom linken ligamentum latum gebildet. Eröffnung des Sackes, leichte Ausschälung desselben, Unterbindung einer grossen von unten in den Sack eintretenden Arterie. Da die Hälfte der seitlichen und vorderen Uteruswand völlig von Peritoneum entblösst war, wird der Uteruskörper exstirpiert.	In den Sack geht die linke Tube auf.
3	Oliver, Lancet 1896. d. 25. Juli. Ref. der Jahresberichte 1898.	39	2spont. Geb.	Laparotomie. Leichte Exstirpation des Fruchtsackes, welcher mit einem Stiel rechts am Uterus inseriert.	Fruchtsack enthielt eine reife Frucht, kein Fruchtwasser. Die rechte Tube erweitert sich intact.
4	Foles, Centralbl. f. Gyn. 1895, S. 555.	49	–	Laparotomie. Fruchtsack wird leicht unversehrt exstirpiert.	Sack enthält Zwillinge, davon einer im 2. und 3. Monat abgestorben; der andere normal entwickelt.

Zeit der Tubargravidität, ausgeführt nach erfolgtem Fruchttode.

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
—	Primaere Heilung des Bauchschnittes. Fieber, † an Sepsis am 13. Tage post op.	Nur Eiter hinter dem Uterus, in dem Staphylococcus pyogenes aureus.	—	Patientin, seit 8 Jahren verheiratet, klagt seit 9 Jahren über linksseitige Unterleibs- u. Rückenschmerzen. Menses schmerzhaft. Letzte Menses am 15. Dezember. 4 Wochen später heftige Unterleibsschmerzen, die Patientin zur Bettruhe zwangen. Im Juli und September wehenartige Schmerzen und Blutungen. Nach Nachlass derselben Aufhören der Kindsbewegungen. Am 18. November wurde Abdominalschwangerschaft diagnosticiert. Tumor sass rechts bis zur Leber reichend.
—	Glatte Heilung.	—	Tubargravidität.	Letzte Menses 1. II. Ende März heftige Unterleibsschmerzen. Zweiwöchentliches Krankenlager. Uterine Blutung. Abgang von Hautfetzen. Langsame Erholung. Zunahme des Abdomens. Kindsbewegungen. Ende November Wehen. Einige Stunden darauf Aufhören der Kindsbewegungen. Im Januar wird ein sich nach linker Seite erstreckender Tumor constatiert. Uterus leer. Sondenlänge 4 Zoll. Bei combinierter Untersuchung wird ein Foetus gefühlt.
Reife tote Frucht.	Heilung.	—	Ovarialschwangerschaft.	Menses blieben vom Dezember 1894 bis August 1895 aus. Im März Abgang einer diciduaartigen Membran mit etwas Blut. Am 25. August 1895 starke Blutung, ebenso 14 Tage später. Sistieren der Menses bis 25. Dezember. Von da ab regelmässig bis 14. Mai, wo ein grosser Tumor constatiert wird. Hinter demselben der Uterus.
Tote Frucht.	Nach 6 Wochen p. op. geheilt entlassen.	—	Wahrscheinlich Tubargravidität.	Letzte Menses vor 15 Monaten. Im 9. Monat erfolglose Wehen. Wegen heftiger Unterleibsschmerzen Operation.

No.		Alter	Frühere Geburten	Operation	
				Verfahren	Befund
5	Eckstein, Monatsschrift f. Geb. und Gyn. Bd. XXXIV. Heft 1, p. 140.	36	0 para	Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse. In die Wunde stellt sich ein eine handtellergrosse, bläulich sehnenartig schimmernde Geschwulstoberfläche. Der Tumor zeigt ausgedehnte venöse Vascularisation und ist nach rechts und links mit dem Peritoneum parietale verwachsen, nach oben zu mit dem Omentum majus. Dieses wird stumpf abgelöst und in seiner ganzen Ausdehnung reseciert. Ebenso werden die übrigen Verwachsungen stumpf gelöst. Der jetzt mobile Tumor aus der Peritonealhöhle herausgewälzt, zeigt sich als der rechten Tube angehörig und noch mit der hinteren Uteruswand verwachsen. Nach stumpfer Lösung dieser Verwachsungen wird der Tumor in drei Partien abgebunden und entfernt. Linke Adnexe normal. Schluss der Bauchhöhle und Drainage mit Jodoformgaze durch untersten Wundwinkel.	Tumor, 1125 g wiegend, ist dünnwandig, an den dicksten Stellen nur 2 mm dick, schliesst einen hochgradig zusammengeballten Foetus in sich. An der Aussenfläche des Sackes eine trichterförmige Vertiefung, die von Tubenfimbrien umgeben ist und in schräger Richtung eine dickere anatomische Sonde in das Innere des Sackes gelangen lässt. Uterines Endstück der Tube nicht nachweisbar. Sack mit Foetus nicht zusammenhängend. In der Nähe des ostium Tubae, der inneren Sackwand aufsitzend, eine 30 cm grosse fahle weiche Placenta. An derselben ebenso wie am Foetus Rest der Nabelschnur. Diese, stark abgeplattet, lässt keine Warthon'sche Sulze erkennen. Mikroskopisch besteht die Sackwand aus schwieligem Bindegewebe und stellenweis glatter Musculatur.
6	Borelius, Centralbl. f. Gyn. 1898, p. 1427.	35	1 spontaner Partus vor 12 J.	Bauchschnitt. Fruchtsack von der linken Tube ausgehend und das linke Ligamentum latum entfaltend. Uterus mit rechter Seitenwand an den grossen Fruchtsack angeklebt und nach rechts unten gegen den Beckenrand verschoben. Fruchtsack wird leicht ganz und uneröffnet ohne Blutung herausgeschält. Flexura sigmoidea, mit dem Sack fest verwachsen, wird nach Unterbindung gelöst. Infolge der Unterbindung von Mesenterialgefässen mussten ca. 15 cm Dickdarm reseciert werden. Drainage nach Mickulicz. Bauchnaht.	Nach Eröffnung des Sackes kam eine breiige dicke braungelbe Masse heraus. Kein Fruchtwasser.
7	Elischer, Monatsschrift für Gyn. und Geb., Bd.4, 1896 p. 387.	—	IV para.	Laparotomie. Peritoneum parietale und Omentum mit der unter letzterem gelegenen Geschwulst fest verwachsen, deren Bindegewebsbündel rechts an den Leberrand, links an die Milz und das Colon descendens angewachsen waren. Der 2 Faust grosse Fruchtsack ist mit dem rechten Uteruswinkel durch einen gelatinösen in Pseudomembranen eingeschlossenen Strang verbunden, welcher am Boden des Douglas fixiert ist. Entwickeln der Geschwulst leicht. Bei	Rechte Tube stark verdickt. Linke Tube hyperämisch. Rechtes Ovarium geschrumpft. Linkes Ovarium cystisch degeneriert. Nabelschnur an ihrem placentaren Ende resorbiert.

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
Foetus dem VII. Lunarmonat entsprechend. Haut stellenweis zu pulpöser Masse verfallen. Organe der Brust und des Bauches geschrumpft, braunschwarz, von zäher Consistenz. Geschlecht männlich.	Heilung glatt.		Tubargravidität.	Letzte Menses im Januar 1889. Im August nach einer Bückbewegung wehenartige Schmerzen mit heftiger Blutung aus den Genitalien, 6 Wochen anhaltend. Danach sechsmonatliches Krankenlager. Am Ende desselben bemerkt Patientin in linker Seite eine nicht wachsende, stets härter werdende Geschwulst. Menses bleiben ein Jahr aus, kehren dann schwach regelmässig vierwöchentlich wieder. Später qualvolle Schlaflosigkeit und Schmerzen im Abdomen. Befund im Mai 1895: Im Abdomen ein oben breiter, nach unten zu schmal verlaufender Tumor, einem Uterus M. V—VI entsprechend; hauptsächlich im linken Hypochondrium liegend und bis ins kleine Becken sich erstreckend. Uterus kann nicht abgetastet werden und macht die Bewegung des Tumors mit. Sondenlänge 7 cm. Diagnose linksseitige Tubargravidität. Laparotomie d. 14. V. 95.
Reife Frucht mit macerierter Haut.	Glatte Heilung.		Linksseitige Tubargravidität.	Letzte Menses 17. October, bis Juni 1898 normaler Schwangerschaftsverlauf. Dann 3 Tage eclamptische Krämpfe. Danach Kindsbewegungen schwächer. Im Juli Aufhören derselben. Am 11. November Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Lund. 17. November Laparotomie nach gestellter Diagnose.
Frucht tot, reif.	Heilung.			Letzter Partus vor 6 Jahren. Letzte Menses 24. Mai 1895. Nach derselben Brechreiz. Mitte Juli erste Kindsbewegungen. Anfang November Erbrechen. Status: Fundus Uteri Fingerbreit über Symphyse. Rechterseits und oberhalb von ihm Kindskopf grosse, kaum bewegliche Consistenz mit glatter Oberfläche. Im Douglas kleine Teile fühlbar. Herztöne hörbar.

No.		Alter	Frühere Geburten	Operation: Verfahren	Befund
				Lösung der Adhaesionen im Douglas Blutung. Exstirpation der Adnexe. Bauchnaht.	
8	Toth, Arch. f. Gyn. Bd. 51, p. 418.	36	2 spont. Part. Letzt. Part. vor 10 Jahr., wobei Pat. fieberhaft erkrankte.	Laparotomie. Fruchtsack mit Umgebung, besonders mit S. romanum verwachsen. Ablösung und Naht der geschaffenen Wunde. Freilegung und Exstirpation des Sackes.	—
9	Toth, ibidem.	27	I para spont.	Laparotomie. Tumor intraligamentär, mit Darmschlingen verwachsen. Auch während der Ausschälung wird der Tumor für ein Fibrom gehalten. Erst durch den Einschnitt findet man eine ausgetragene Frucht darin. Exstirpation des Tumors.	Fruchtsackwand sehr dick.
10	Toth, Archiv f. Gyn. 1896, Bd. 51, p. 410.	30	1 spontane Geburt vor 10 Jahren	Laparotomie. Frucht frei in der Bauchhöhle liegend, mit Amnionhäuten teilweise umgeben und mit Darmschlingen verwachsen. Nabelschnur, mit 15 bis 20 Torsionen, dünn, setzt sich in rechtsseitigen, kindskopfgrossen, intraligamentär liegenden Tumor fort, der die geschrumpfte, mit obliterierten Gefässen versehene Placenta und Eihäute enthält. An der hinteren Wand in Nähe des Uterus eine 12 cm lange klaffende Oeffnung, durch die die Frucht in die Bauchhöhle austrat. Nach Versorgung des uterinen Teils des ligamentum latum leichte Ausschälung des Sackes bei geringer Blutung. Das vordere Blatt des lig. lat. wird benutzt, um die stark beschädigte rückwärtige, rechtsseitige Uteruswand zu bedecken. Das hintere Blatt war schon bei der Ruptur zerstört. Die linksseitige hydropische, verschlossene Tube wird entfernt.	Mikroskopisch findet man die Sackwand zellreich. Nirgends Ovarial- oder Tubenstructur.

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
				Anfang November stärkere Blutung. Anfang Dezember Aufhören der Bewegungen. 14. Mai 1896 Laparotomie.
—	Heilung, abgesehen von einem Beckenabscess, glatt.	—	—	Letzte Menses vor 6 Monaten. Seitdem Vergrösserung des Abdomens. Befund: Aus dem Becken ragt ein mit der linken und rückwärtigen Gebärmutterwand eng zusammenhängender Tumor, der zwischen beiden Blättern des ligamentum latum zu sitzen scheint und heftige Druckbeschwerden veranlasst.
Tote, ausgetragene Frucht.	Nach 28 Tagen als geheilt entlassen.	—	Intraligamentär.	Menses ein Jahr sistierend, seit 6 Monaten wieder regelmässig. Pat. klagt seit 2½ Jahren über Unterleibsschmerzen. Früher hat sie rasche Vergrösserung des Unterleibes beobachtet. Seit Bestehen der Menses bildet sich die Vergrösserung wieder zurück. Schmerzen bestehen fort. Befund vom 11. I. 1894. Mannskopfgrosser Tumor, von scheinbar solider Consistenz. Uterus lässt sich kaum von demselben abgrenzen. Diagnose Fibrom. Laparotomie 11. I. 1894.
Frucht weiblich, stark maceriert. L. 51 cm, Gew. 1980 g.	Heilung.	—	Tubargravidität.	Vor 11 Monaten erkrankte Patientin an Unterleibsbeschwerden, war 5 bis 6 Wochen bettlägerig, hielt sich für schwanger. Vor 6 Monaten Kindsbewegungen. Vor 3 Monaten Wehen, dann 4 Wochen lang fortwährend Contractionen. Seit 2 Monaten atypische Blutungen. Frucht durch die Bauchdecken fühlbar. Im Douglas Schädel nachweisbar. Uterus vorne links. Frucht 8 bis 9 Wochen abgestorben. Laparotomie 16. Juni 1894.

No.		Alter	Frühere Geburten	Operation	
				Verfahren	Befund
11	Toth, Arch. f. Gyn. 1896, Bd. 51, p. 410.	32	1 spont. Geburt vor 6 Jahren.	Laparotomie. Parietales Peritoneum fest mit dem Tumor verwachsen, ebenso mit vielen Darmschlingen, dem Processus vermiformis und dem Omentum. Nach deren Lösung wird die schmutzig gelblich graue Geschwulst herausgehoben, der durch das rechtsseitige Lig. lat. gebildete 14 cm lange Stiel in mehreren Partien abgebunden. Diesseitige Tube normal, mit dem Tumor verwachsen. Ovarium nicht aufzufinden. Linksseitige Tube hydropisch erweitert und geschlossen. Entfernung der Adnexe. Totalexstirpation des Sackes. Bauchnaht.	Die zäh-faserige Wand des Sackes ist 3 bis 5 cm dick. An seiner rechtsseitigen Wand über der Stielinsertion sind cystöse Erhebungen. Der gespaltene Sack entleert schmutziges Fruchtwasser, enthält eine in Eihäute gehüllte ausgetragene Frucht in Beckenendlage. Placentarinsertion an rechtsseitiger Wand, dort, wo sich die cystösen Ovarialreste finden. Mikroskopischer Befund: An der äusseren Fläche des Sackes Stränge von zellarmen Bindegewebe, dann eine rundzellig infiltrierte zellarme Bindegewebsschicht mit zahlreichen Blut- und Lymphgefässen. Das ovariumähnliche Gewebe erweist sich als ein erweiterter Graaf'scher Follikel, welcher durch ein Blutcoagulum ausgefüllt ist.
12	Toth, Archiv f. Gyn. 1896, Bd. 51, p. 410.	30	1 spontaner Partus vor 1 J.	Laparotomie. Frucht und Placenta in einem mit der linken Uterushälfte zusammenhängenden Sacke. Allseitig verwachsen. Starke Blutung beim Ausschälen. Fruchtsack platzt und entleert schmutziges Fruchtwasser. Zahlreiche Umstechungen der Darmwand und des Mesenteriums. Gelingen vollständiger Exstirpation des Fruchtsackes. Drainage von den Bauchdecken her. Naht der Bauchwunde.	Linke Tube mit Nachbarorganen stark verwachsen.
13	v. Herff, Zeitschr. f. Gyn. Bd. 34, p. 23.	30	1 spontaner Partus vor 10 Jahren 1 Abort vor 2 Jahren	Laparotomie: Chloroformnarkose. Keine Beckenhochlagerung. In die Bauchwunde stellt sich ein rötlich, glatter Tumor ein, dicht mit freien Darmschlingen bedeckt. An seiner rechten Seitenkante liess sich der Fundus des anliegenden Uterus abgrenzen. Der Fruchtsack lag völlig intraligamentär zwischen den weit entfalteten Platten des ligamentum latum. In der Bauchhöhle kein Blut. Nach Unterbindung der Plica ovarico pelvica und der Abschnitte dicht am Fundalwinkel, Auslö-	Zu dem oben beschriebenen Tumor verläuft die linke Tube, lang ausgezogen, etwa 12 bis 15 cm proximal zu, um dann allmählig in die Geschwulst aufzugehn. Die Untersuchung des Fruchtsackes liess es zweifelhaft, ob die Schwangerschaft tubar oder tubo ovariell war.

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
Frucht reif, tot, ohne Zeichen von Maceration.	Heilung.	—	Ovarialschwangerschaft.	Menses blieben vor 14 Monaten aus, sistierten 11 Monate, danach atypische Blutung. Nach Ausbleiben der Menses krampfartige Unterleibsschmerzen und Erbrechen. Vergrösserung des Abdomens. Im 5. Monat Kindsbewegungen, fortwährend Schmerzen. Status: Pat. stark abgemagert. In der Bauchhöhle eine über mannskopfgrosse Geschwulst von verschiedener Consistenz. Genitalien livide. Scheide weit. Uterus links stehend und mit dem Tumor zusammenhängend. Keine Kindsteile fühlbar. Laparotomie den 10. X. 1894.
Frucht maceriert. L.: 41 cm, Gew.: 1800 g.	26 Std. post op. Tod an Herzlähmung.	Peritonitis fibrosa chronica, fibrinosa acuta. Hydronephrosis et nephritis interstitialis.	—	Letzte Menses vor 9 Monaten, einige Wochen darauf plötzliches Unwohlsein mit wehenartigen Schmerzen. 5 Monate lang war Patientin deshalb bettlägerig. Im 8. Monat constantes Fieber. Absterben der Frucht. Status: Stark abgemagerte Frau. Ende der Gravidität. Durch die Bauchdecken hindurch pergamentartiges Knistern der Schädelknochen und kleinen Teile bemerkbar. Uterus gross, weich. Cervicalkanal durchgängig. Uterus abtastbar und leer. Laparotomie 6. Juli 1889.
Frucht stark maceriert und abgeplattet.	Post op. heftige Blähbeschwerden, erst am vierten Tage gehen Blähungen ab. Glatte Heilung. Vaginale Temperatur 38,0 am 2. und 3. Tage. Am 19. Tage wird Pat. bei völligem Wohlbefinden entlassen.		Tubar oder tubo ovariell.	Pat. bisher stets gesund. Wochenbetten fieberfrei. Beginn jetziger Schwangerschaft im April 1892 mit starken Schwangerschaftsbeschwerden, besonders Erbrechen. Im Juli vierzehntägige Blutung und heftige Unterleibsschmerzen, Drängen nach dem Mastdarm, peritonitische Reizerscheinungen. Exploration ergiebt eine apfelgrosse Geschwulst im Douglas, unklarer Herkunft, welche bis Weihnachten

No.	Alter	Frühere Geburten	Operation: Verfahren	Operation: Befund
			sung des Fruchtsackes aus seinem Bett. Während der stumpfen Auslösung platzt der Sack und entleert geringe Mengen spärlichen, bräunlichen nicht zersetzten Fruchtwassers. Placenta fängt an, sich zu lösen, wird unter mässiger Blutung, welche auf Tamponade des Sackes steht, entfernt. Weitere Sackauslösung fast unblutig, Dank der vorsorglichen Unterbindung der Spermatica und Uterina. Die eröffneten Ligamentplatten wurden mit Seide wieder vernäht. Rechtsseitige Anhänge werden wegen Degeneratio cystica und Salpingitis chronica entfernt. Naht des Bauchschnittes.	

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
				weiter wuchs. Im October wurde mit Nachweis der Kindsbewegungen und Herztöne die Diagnose auf Extrauterinschwangerschaft gestellt. Weihnachten, vier Wochen vor dem Schwangerschaftsende trat nach einem Falle Blutung, verbunden mit heftigen, wehenartigen Schmerzen in der rechten Unterleibsgegend, auf. Gleichzeitiges Aufhören der Herztöne und Kindsbewegungen. Leibesumfang verkleinert sich allmählich. Menstruation kehrt im Februar mit früherer Regelmässigkeit zurück. Die Kranke klagt über Ausfluss, heftige Unterleibsbeschwerden, einem Gefühl der Schwäche im Unterleib. Sie ist arbeitsunfähig. Daher Mitte März Aufnahme in die Klinik. Status: Patientin wohl aussehend. Scheide weit. Uterus kaum vergrössert, durch einen rundlichen Tumor, der in der regio sacroiliaca sinistra lag, nach rechts vorn vergrössert. Tumor drängt das linke Vaginalgewölbe bis zur Spinallinie herab. In dieser Vorwölbung Schädelknochen und Nähte zu fühlen. Der im Becken liegende Geschwulstabschnitt setzt sich in einen grösseren Abschnitt, der vornehmlich die linke Unterbauchgegend bis handbreit über den Nabel ausfüllt. In demselben Kindsteile zu fühlen. Rechte Adnexe normal, linke nicht tastbar. Keine Herztöne, keine Kindsbewegungen. Brüste ohne Sekret. Puls und Temperatur normal. Diagnose abgestorbene Extrauterinschwangerschaft im 12. Mon. Operation von Kaltenbach am 25. März 1893.

IV. Fälle von Laparotomie in der späteren Zeit der Tubenschwangerschaft

No.		Alter	Frühere Geburten	Operation	
				Verfahren	Befund
1	Rosenwasser, The Amer. journ. of obst. Vol. XXXVI. July Ref. der Jahresber. 1899.	32	2 norm. Geb. Letzt. Part. vor 5 Jahr.	Laparotomie. Starke Verwachsungen des Netzes mit dem Fruchtsack. Nach Lösung derselben praesentiert sich eine Oeffnung in dem letzteren. Extraction des etwas macerierten weiblichen Foetus. Keine Spur von Fruchtwasser. Lösung der am rechten Rande der Uterusrückseite inserierenden Placenta. Blutung aus der Tiefe durch Klemmen gestillt. Unterbindung der linken Arteria ovarica. Entfernung der Klemmen. Einnähen des Sackes in die Bauchhöhle. Gazetamponade desselben. Gegen Collaps Kochsalzinfusion.	
2	Rogster, The Amer. Journ. of obst. Vol. XXXVI. Ref. der Jahresber. 1899.	34	7 spont. Geb. Letzte vor 4 Std.	Laparotomie. Extraction des toten Kindes. Die freie Bauchhöhle ist nur in Länge von 2 Zoll am oberen Wundwinkel geöffnet. Lösung der Placenta unter nur geringer Blutung. Drainage des Fruchtsackes. Schluss der Bauchwunde bis auf den unteren Wundwinkel.	-
3	Wilson, Ref. der Jahresber. 1897 p. 658.	26	2 spont.	Laparotomie. Incision des überall mit der Bauchwand verwachsenen Sackes. Extraction des Foetus. Gazetamponade des Fruchtsackes.	
4	Toth. Archiv f. Gyn. Bd. 51 p. 418.	36	3 spont. Letzte vor 14 Jahr.	Laparotomie. Fruchtsack unter dem parietalen Peritoneum mit Nachbarorganen sowie dem Uterus verwachsen. Ausschälungsversuch erregt heftige Blutung. Spaltung und Entleerung des Fruchtsackes. Entfernung der Frucht und Placenta. Einnähung des Sackes in die Bauchwunde. Drainage sowohl von hier wie von der Vagina.	Placenta fibrös. Eihäute verdickt. Fruchtsack aus fibrösem Gewebe.
5	Stettner, Centralbl. f. Gyn. Bd. 19. S. 102.	40	1 spontaner Partus 1880, 1 Abort 1881.	Laparotomie. Ablösung einiger Darmadhäsionen. Einriss des Darmes dabei und Naht desselben. Annähen des Sackes in die Bauchwunde mit Seide. In den ersten drei Tagen geringe Temperaturerhöhung. Am 5. Tage übler Geruch. Perforationsöffnung im Tumor. Erweiterung derselben mit Scheere. Lysolspülung und Herausholen von Knochenstücken mit der Zange.	

nach erfolgtem Fruchttode behandelt mit Incision des Fruchtsackes.

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
Macerierte weibliche Frucht.	Genesung nach anfänglich septischen Erscheinungen.	—	—	Letzte Menses den 23. April. Versuch, den Abort einzuleiten, am 13. Juni. — Am 23. Juni plötzlich heftige Leibschmerzen. Ohnmacht. 2 Wochen lang peritonitische Erscheinungen. Im October Kindsbewegungen. Ende Januar Wehen. Danach Aufhören der Kindsbewegungen. Uterus durch einen grossen Tumor ganz nach links und hintere Vaginalwand nach unten gedrängt. 20. II. Frost, heftige Leibschmerzen. Laparotomie.
Tote Frucht.	Genesung.	—	—	Nach Geburt eines reifen Kindes vor 4 Stunden wird ein zweites, in der Bauchhöhle liegend, constatiert. Uterus leer. Nach 4 Wochen, nachdem Kindsbewegung aufgehört und Zeichen beginnender Sepsis sich eingestellt hatten, wird Laparotomie gestellt.
Tote Frucht. Gew.: $7^1/_2$ ℔.	Tod eine Std. post op.	—	Angeblich Abdominalschwangerschaft.	Am Ende der Schwangerschaft Fieber. Einleitungsversuch der Frühgeburt durch Bougies. Uterus leer.
Tote Frucht.	Einige Tage post op. Fieber. Besserung des Kräftezustandes. Entlassung am 104. Tage mit Bauchfistel. Diese schliesst sich im Laufe von 2 Jahren.		Wahrscheinl. Tubargravidität.	Letzte Menses vor 13 Monaten. Seitdem Vergrösserung des Abdomens. Im 6. Monat Kindsbewegungen. Status: Fruchtteile fühlbar. Herztöne fehlen. Uterus vergrössert, nach links verschoben.
	Am 10. Tage p. op. dringt während der Defaecation Urin aus der Bauchhöhle. Am 15. Tage Schmerzen in der Lumbalgegend, nach dem Nabel und dem Rippenbogen ausstrahlend. Constatierung eines prall elastischen faust-			Im Jahre 1882 wurde Patientin schwanger. 3 Wochen vor der Niederkunft nach einem Schreck Wehen und Blutung. Absterben der Frucht. Schmerzen lassen nach, Leibesumfang wird kleiner. Menses treten regelmässig auf. 1892 Entleerung von stinkendem Urin, mit bräunlichen Fetzen und Bröckeln. Zeitweise Fieber. Im Abdomen ein Tumor überm linken Schambeinast bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse reichend und die Medianlinie 3

No.	Alter	Frühere Geburten	Operation	
			Verfahren	Befund

Frucht	Ausgang	Autopsie	Art der Schwangerschaft	Bemerkungen.
	grossen Tumors an Stelle der rechten Niere, welcher bis Kindskopfgrösse wächst und später wieder verschwindet. Im Urin Leucocythen. Tumorhöhle am 38. Tage geschlossen. Genesung.			Finger breit nach rechts überragend. Innerer Befund: Uterus geradestehend, an das Kreuzbein durch einen kindskopfgrossen Tumor gedrängt, nicht vergrössert und die Tumorbewegungen mitmachend. Untere Kuppe des Tumors in den Beckeneingang reichend, zeigt Crepitation. In der Urethra $1^1/_2$ cm grosses Knochenstück. Nach dessen Entfernung putrider Urin.

Im ganzen sind in obigen Tabellen 33 Fälle fast ausgetragener extrauteriner Schwangerschaft aus der dem Verfasser zugänglichen Litteratur zusammengetragen worden. In vielen Fällen war es nicht möglich, aus den vorhandenen Angaben sich eine exacte Anschauung über die Einsertion zu bilden. Verfasser musste sich vielmehr meistenteils damit begnügen, die Beschreibung über die ungefähre Lage und Beschaffenheit des Fruchtsackes wiederzugeben.

Bei lebender Frucht wurde 11 mal die Laparotomie ausgeführt. Es waren unter diesen in 5 Fällen die Fruchtsäcke intraligamentär entwickelt. In drei Fällen wurde die Diagnose Tubagravidität vom Operateur bestimmt gestellt. Näher beschrieben und begründet ist die Diagnose jedoch nur in dem unter Nr. 7 beschriebenen Fall, bei welchem angegeben wird, dass die Tube in den Rest der Sackwand und in die Placentarstelle übergeht. In den drei übrigbleibenden Fällen fehlen nähere Angaben. Bei 8 Fällen wurde der Fruchtsack partiell reseciert und der Sackrest durch den unteren Winkel der Bauchwunde, bei dem unter Nr. 4 beschriebenen Falle noch nach der Scheide hin drainiert. In 2 Fällen musste wegen starker Verwachsungen mit der Bauchwand der Fruchtsack in die Bauchwunde eingenäht und incidiert werden. Nur in dem oben erwähnten Fall 7 gelingt es auch noch, den letzten Rest des Sackes mit der Tube zu entfernen.

Nach Absterben der Frucht wurde in 4 Fällen der Sack wegen starker Verwachsungen nur partiell reseciert. Bei Fall 4 findet sich die Angabe, dass der Sack intraligamentär war. Bei Fall 1 entfaltete er sich in das linke Parametrium und den Douglas, während bei Fall 2 und 3 wichtige Angaben fehlen. Im 1. Fall war die tote Frucht fast ausgetragen. Im 2. Fall wurde im 12. Monat operiert. Die Frucht war übertragen und maceriert, etwa 10 Wochen abgestorben. Im 4 Falle war die ausgetragene macerierte Frucht etwa 8 Wochen abgestorben.

Die Totalexstirpation des Sackes bei abgestorbener Frucht gelang in 13 Fällen. Es waren darunter 4 sicher erkannte Tubargraviditäten, 2 Ovarialschwangerschaften, während indem

Fall 13 bei intraligamentärem Sitz des Fruchtsackes nicht entschieden werden konnte, ob es sich um eine tubare oder ovarielle Schwangerschaft handelte; ausserdem waren noch 3 andere Fälle intraligamentär. Bei dem unter Nr. 1 beschriebenen Fall war der Fruchtsack dem Uterus und den Därmen adhaerent. Ersterer musste, seines Peritoneums beraubt, entfernt werden. Bei dem Fall 7 konnte nur constatiert werden, dass sich der allseitig verwachsene Fruchtsack mit einem Stiel in den Douglas festsetzte.

Im ersten und zweiten Falle wurde etwa 7—8 Wochen nach erfolgtem Fruchttode operiert; bei 3 und 4 ist es nicht genau zu ersehen, wie lange Zeit seit dem Fruchttode verflossen war. Alle 4 Fruchtsäcke enthielten ausgetragene macerierte Früchte. In Fall 6 und 7 war die reife Frucht schon 3½ Monat abgestorben. Aus den Angaben über Fall 5, 8 und 9 ist nicht genau zu ersehen, wann die fast reifen Früchte abstarben; jedoch muss der Zeitpunkt schon sehr weit zurückliegen. In Fall 10 war die übertragene Frucht schon 8 Wochen abgestorben. Nach Beschreibung des Falles 11 wurde hier erst kurze Zeit nach erfolgtem Fruchttode operiert. Im Fall 12 fand die Operation 7 Wochen, in Fall 13 ca. 12 Wochen nach erfolgtem Fruchttode statt. Mit Incision des Fruchtsackes bei abgestorbener Frucht wurden die übrigen 5 Fälle behandelt. Eine genaue Angabe über den anatomischen Sitz der stark verwachsenen Fruchtsäcke fehlt. In Fall 1 und 2 wurde ca. 4 Wochen nach erfolgtem Fruchttode operiert, während in den übrigen Fällen genaue Angaben fehlen.

Was die Behandlung der Placenta mit Ausnahme derjenigen Fälle, bei welchen der ganze Fruchtsack total exstirpiert wurde, anbelangt, so wurde sie in den bei lebender Frucht laparotomierten, unter Rubrik 1 erwähnten Fällen 8 mal manuell gelöst. Die dabei entstandene Blutung konnte meistens durch Tamponade gestillt werden. Einmal musste der die Placentarinsertion bildende Uteruskörper entfernt werden, um der Blutung Herr zu werden. In Fall 3 wurde sie in dem eingenähten Sack gelassen und später ausge-

stossen. In Fall 7 wurde sie mit der Tube, in Fall 8 mit dem Sack entfernt.

Bei den mit partieller Resection des Sackes nach Absterben der Frucht behandelten Fällen fehlen bei Nr. 1 und 2 Mitteilungen über die Placentarbehandlung. In Fall 3 wurde die blutleere Placenta leicht manuell gelöst, in Fall 4 mit dem Sack reseciert

Bei den mit Incision des Sackes behandelten Fällen mit abgestorbener Frucht wurde in Fall 1, 2 und 4 die Placenta manuell entfernt, die bestehende Blutung aus der Placentarstelle durch Tamponade gestillt, während sie in Fall 3 und 5 scheinbar der Resorption überlassen wurde.

Von den 33 oben angeführten Fällen endigten nur 5 mit dem Tode und zwar wurden die Fälle von Extrauterin-Schwangerschaft mit lebender Frucht alle geheilt. Von den mit partieller Resection des Fruchtsackes nach Absterben der Frucht behandelten Fällen starben 2 an Anaemie kurze Zeit nach der Operation.

Von den mit Totalexstirpation des Fruchtsackes nach Absterben der Frucht behandelten Kranken starben 2 und zwar eine an Herzlähmung, die andere an Sepsis.

Von den mit Incision des Sackes bei abgestorbener Frucht behandelten Kranken starb eine.

Es ist dies eine bei der Schwere des Eingriffs gewiss geringe Zahl und stellt, verglichen mit den Mortalitätszahlen früherer Statistiken einen sehr bemerkenswerten Fortschritt dar.

Herr Geheimrat Werth[1]) wies in seiner bekannten Monographie über die Extrauterinschwangerschaft in einer Zusammenstellung der Fälle aus den Jahren 1880—1886 nach, dass von 8 Fällen von Laparotomie bei lebender Frucht 7 kurz nach der Operation starben.

Von 40 Fällen von Laparotomie bei vorgeschrittene. Extrauterinschwangerschaft nach dem Absterben der Frucht mit conservativer Behandlung des Fruchtsackes starben 14. Von 11 Fällen mit Totalexstirpation des Sackes starben 2.

---

[1]) Werth, Beiträge zur Lehre von der Extrauterin-Schwanger schaft. Stuttgart 1887.

2 Fälle von nicht vollendeter Totalexstirpation des Fruchtsackes kamen zum Exitus.

Eine spätere Statistik desselben Autors, welche in den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie veröffentlicht wurde und 39 Fälle der Jahre 1887—90 umfasste, fand eine Mortalität von 11, während in einer Statistik von Rothschild über die Fälle aus den Jahren 1890—95 von 31 Operierten nur 2 starben.

* * *

Am Schluss dieser Arbeit gestatte ich mir, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Prof. Dr. Werth meinen ergebensten Dank für Überlassung der Arbeit sowie für die gütige Unterstützung bei Anfertigung derselben auszusprechen. Herrn Geheimrat Prof. Dr Heller danke ich herzlichst für die freundliche Überlassung des Sectionsprotokolls.

Vita.

Verfasser, ev., wurde am 20. October 1874 zu Burg bei Magdeburg geboren, besuchte das Kgl. Victoria-Gymnasium seiner Vaterstadt und studierte 9 Semester zu München, Greifswald, Leipzig, Strassburg, Berlin und Kiel Medicin. Im Juli 1897 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 28. Juni 1900 die ärztliche Staatsprüfuug und im Juli 1900 das Rigorosum.